



CHIP

CHILDREN'S HEALTH
INSURANCE PROGRAM

Programa de Seguro de Salud para Menores

Solicitud para CHIP

La información en esta solicitud ayudará al Departamento de Salud de Utah a determinar si usted califica para CHIP.

Por favor envíe esta solicitud por correo lo antes posible a: CHIP,
P.O. Box 16520, Salt Lake City, Utah 84116-0520
o visite una de nuestras oficinas locales, hoy mismo!

1. Datos Personales

Nombre _____
Padre/Guardian/Primer Nombre Segundo Nombre (Apellido de Soltera) Apellido Paterno o de Casada

Dirección _____
Calle Número de Apartamento Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono: del trabajo (_____) _____ de la casa (_____) _____

¿Alguno de los niños que esta aplicando para obtener CHIP ha tenido gastos médicos considerables en los pasados 90 días? Si No

2. Información del Hogar

Escriba en los espacios a continuación la información sobre todas las personas que viven en la misma casa en que vive Ud.
Coloque su nombre primero.

Nombre (Primero, Inicial del Segundo Nombre, Apellido Paterno)	Número del Seguro Social (opcional para los adultos)	Edad	Fecha de Nacimiento (Mes. Día Año)	Sexo (M/F)	Relación (esposa/esposo, hijo, hija, etc.)	Raza* (opcional)
					YO	

Los niños que solicitan CHIP son: Ciudadanos de los EEUU Residentes legales Otro
(Si son residentes legales, por favor incluya los números de registración con la Oficina de Inmigración.) _____

*Codigo de razas: B-Negro, H-Hispano, W-Blanco, I-Indio Americano/Nativo de Alaska, A-Asiatico, P-Islands del Pacifico, O-Otro

